

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N^o 456

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juin 1901, à 1 heure

Par M. PIORO

Né à Kalisch (Pologne), le 4^{er} novembre 1871.

Contribution à l'étude

DE

LA SPERMATORRHÉE

Président : M. GUYON, Professeur.

Juges : MM. } BERGER, Professeur.
} RICHELOT et ALBARRAN, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15 — Rue Racine — 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

THÈSE

Année 1901

1901

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Juin 1901 à 1 heure

PAR M. PIGUET

Né à Paris, le 12 Mars 1871

Contribution à l'étude

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Présentée à la Faculté de Médecine de Paris

Par M. PIGUET, Docteur en Médecine

La Faculté de Médecine de Paris a reçu le 27 Juin 1901 à 1 heure

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDICINE

E. BOYER

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
456

ANNO 1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Juin 1901, à l'École

des Médecins

de la Faculté de Médecine de Paris

Contribution à l'étude

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

10 - Rue de la Harpe - 10

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juin 1901, à 1 heure

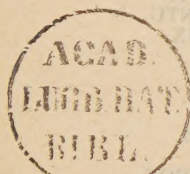
Par M. PIORO

Né à Kalisch (Pologne), le 1^{er} novembre 1871.

Contribution à l'étude

DE

LA SPERMATORRHÉE



Président : M. GUYON, Professeur.

Juges : MM.

BERGER, Professeur.

RICHELOT et ALBARRAN, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15 - Rue Racine - 15

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.
Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Matière médicale et pharmacologie.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophthalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchement.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

BROUARDEL.
MM.
FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.

JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND.
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.

PANAS.
GUYON.
BUDIN.
PINARD.
POZZI.
KIKMISSON.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD. ALBARRAN. ANDRÉ. BONNAIRE. BROCA (Aug.). BROCA (André). CHARRIN. CHASSEVANT. DELBET.	DESGREZ. DUPRE. FAURE. GAUCHER. GILLES de la TOU- RETTE. HARTMANN. HEIM. LANGLOIS. LACNOIS.	LEGUEU. LEJARS. LEPAGE. MARFAN. MAUCLAIRE. MENÉTRIÉR. MERY. REMY. ROGER. SÉBILLEAU.	TEISSIER. THIERRY. THIROLOIX. THOINOT. VAQUEZ. VARNIER. WALLICH. WALTHER. WIAL. WURTZ.
---	--	--	---

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie des Sciences

Président de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

A la veille de terminer nos études médicales, c'est pour nous un devoir et une satisfaction du cœur d'adresser à tous nos maîtres un respectueux témoignage de reconnaissance pour les conseils et les savantes leçons qu'ils nous ont prodigués.

Nous tenons avant tout à remercier M. le Docteur Courtade, qui nous a donné le sujet de cette thèse et qui nous guidait avec une grande bienveillance dans les études de ce sujet, en nous procurant toutes les observations.

Nous tenons non moins à remercier M. le Professeur Guyon, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Enfin nous remercions cordialement notre ami M. le Docteur Motz, pour l'intérêt bienveillant qu'il nous a témoigné pendant tout le temps de nos études.

HISTORIQUE

C'est chez Hippocrate que nous trouvons la première description de la spermatorrhée.

Dans le chapitre 49 de son livre sur les Maladies, il donna en effet sous le nom « *consumptio dorsalis* » une magistrale description de la spermatorrhée.

« *Consumptio dorsalis* provient de la moëlle épinière, « elle frappe surtout les jeunes mariés et les gens ayant « fait les excès génésiques ; les malades n'ont pas de « fièvre, mangent bien, et cependant ils maigrissent. « Si on leur demande ce qu'ils ont, ils répondent qu'ils « éprouvent des fourmillements tout le long de la moëlle « épinière, qu'ils perdent beaucoup de spermes pendant « la miction et la défécation, et que leur faculté virile « est détruite, et qu'ils éprouvent les mêmes pertes « pendant leur sommeil, fussent-ils couchés seuls ou « avec une femme. Ils respirent difficilement en marchant, en courant et en montant ; ils éprouvent aussi « une faiblesse dans les membres, la tête et des bourdonnements dans les oreilles. »

Avec sa clairvoyance géniale, Hippocrate a indiqué

déjà les trois formes de la spermatorrhée : la pollution nocturne, spermatorrhée de miction, spermatorrhée de défécation.

Depuis Galien et Aretée jusqu'aux temps modernes, la spermatorrhée a été confondue avec la gonorrhée, malgré l'opinion contraire d'Ambroise Paré et de Haller qui, cependant, ne prévalut pas.

Pendant ces deux derniers siècles, la spermatorrhée a été étudiée plus spécialement. En 1782, Wichmann, à Goëthingen, publia un travail sur les pollutions diurnes. Saint-Marie l'a traduit en 1817. Il considère la pollution diurne tantôt comme cause, tantôt comme effet de la consommation dorsale, laquelle, d'après lui, n'est qu'une maladie de la moëlle épinière ; il essaie en même temps de différencier l'écoulement spermatique de l'écoulement prostatique.

Tissot, dans son célèbre ouvrage, n'apporte aucune notion nouvelle. Il continue à confondre les pertes séminales avec la gonorrhée.

Deslandes donne, en 1835, son « *Traité de l'onanisme et des autres abus vénériens* ». Il considère la spermatorrhée comme l'effet ordinaire des abus vénériens et admet deux espèces de pollutions involontaires : « l'une qui est convulsive, l'autre qui ne l'est pas. »

De 1836 à 1842 parut l'ouvrage de Lallemand. C'est à dater de cette époque que la spermatorrhée est envisagée comme une maladie bien définie, ayant son cortège de symptômes, sa marche, ses complications.

La description donnée par Lallemand est encore classique, mais à vrai dire rien n'est plus faux que cette description.

Cet auteur, qui vivait à une époque où les maladies des voies urinaires étaient encore mal connues, range sous la dénomination de spermatorrhée une série d'affections entièrement distinctes l'une de l'autre dont la symptomatologie est actuellement bien étudiée ; par exemple les urétrites chroniques, les rétrécissements, l'infection urinaire elle-même.

Pour lui « c'est une maladie extrêmement fréquente, qui dégrade l'homme, empoisonne ses plus beaux jours et ravage sourdement la société ».

Si la description de Lallemand est pendant longtemps restée classique, cependant ses exagérations ont été signalées et combattues. En 1859, dans une note ajoutée à la traduction de Hunter, Ricord déclare que la plupart des malades et des hypochondriaques qu'il a vus, ne rendaient que des mucus absolument privés d'animalcules et des autres caractères du sperme.

En 1841, parut une très longue critique du Docteur Pauli, un des praticiens allemands qui s'occupait avec le plus de succès des maladies des voies urinaires. On y lit que Lallemand a pris pour des pertes séminales des écoulements uréthraux chroniques, l'excrétion des dernières gouttes d'urine, ou du fluide prostatique.

La même année, Civiale étudia longuement les

maladies des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs.

Il a vu plusieurs malades, chez lesquels au lieu d'une lésion des voies spermatiques, il a reconnu, tantôt une névrose, tantôt un rétrécissement de l'urèthre, quelquefois une simple rétention d'urine, et il a suffi de combattre ces états morbides pour obtenir la guérison. Donné reproche à Lallemand l'insuffisance de ses examens microscopiques.

En 1846, paraît la thèse de Kaula, élève du Professeur Lallemand. Il fait l'éloge de son maître, le défend vivement contre les attaques, mais n'ajoute rien à la question.

En 1849, Claude, autre partisan de Lallemand, publia une thèse : *De la folie causée par les pertes séminales*. Mais les deux observations qu'il rapporte ont trait à des malades atteints d'une affection cérébrale certainement primitive et qui ne sont point spermatorrhéïques.

Trousseau, bien qu'il apporta aussi peu de précision que Lallemand dans le diagnostic et qu'il conclut à l'existence de la spermatorrhée d'après les caractères extérieurs de l'urine, a entrevu les relations qui existent entre cette affection et les névroses.

Selon lui, Lallemand regarde comme la conséquence des pertes séminales les phénomènes nerveux qui en sont le plus souvent la cause.

Dans ses leçons sur les humeurs, en 1874, Robin donna une description des « humeurs considérées comme du sperme et qui ne le sont pas ».

En 1877, Bouchut admit dans son livre « Névrosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses » que chez l'homme le nervosisme dépend souvent des pertes séminales dues à la continence ou à l'affaiblissement des conduits excréteurs de la semence.

En 1884, paraît la thèse de Malecot, l'élève de M. le Professeur Guyon. Il signale de nombreuses variétés de spermatorrhée : une, qui étant due uniquement à un état de pléthore spermatique est suivie de bien-être et d'effet salulaire ; puis une autre variété normale encore, mais déjà facilitée par une irritation locale ou une excitation nerveuse temporaire ; une troisième variété, qui tenant à une fâcheuse disposition congénitale du système nerveux devient aussi, chez un sujet mal pondéré, une cause de fatigue et d'inquiétude ; enfin la spermatorrhée, due à une lésion bien définie des centres nerveux, cerveau ou la moëlle.

Les auteurs anglais ont émis des idées plus justes. Wilson, en 1862, dit que la spermatorrhée est une affection due en grande partie à l'imagination et que les cautérisations sont inutiles et dangereuses puisque l'esprit est plus malade que le corps.

En 1870, M. Teevan déclara que la véritable spermatorrhée est rare et que l'examen microscopique seul a de la valeur pour le diagnostic.

Pour J. Paget la spermatorrhée n'existe pas en tant qu'affection idiopatique ; elle peut être le symptôme d'une affection de la moëlle.

Parmi tous les auteurs allemands qui s'occupent de la question, Rosenthal seul considéra les pertes séminales comme une névrose de l'appareil sexuel et déclare que ces véritables flux spermatorrhéïques sont très rares, si on prend pour caractère distinctif la présence de spermatozoïdes.

Ultzmann, de Vienne, distingue la pollution de la spermatorrhée par la coexistence ou non-coexistence des sensations voluptueuses.

Furbringer, d'Iéna, regarde la gonorrhée comme la cause la plus commune de la spermatorrhée.

Tandis que depuis Olivier tous les auteurs considéraient l'excitation du système nerveux comme cause principale de tous les excès sexuels, Beard et Rockwell ont démontré que c'est surtout l'épuisement nerveux qui coïncide avec les troubles sexuels.

Beard, dans son célèbre ouvrage sur la neurasthénie, ainsi que dans l'ouvrage qui a été publié en 1885 après sa mort, par les soins de Rockwell, sur la Neurasthénie sexuelle, démontre que l'épuisement sexuel (sexual exhaustion) est une forme spéciale et une variété clinique très fréquente et très importante de la neurasthénie.

De son côté, Rockwell dit :

« Le système génital est impliqué dans presque tous les cas d'épuisement nerveux, soit comme cause, soit comme effet, et même quelquefois il est l'un et l'autre. »

Description de la spermatorrhée.

La définition de la spermatorrhée peut se faire de la façon suivante : Ce n'est pas à proprement parler une maladie distincte mais un syndrome consistant dans des pertes séminales involontaires ou qui surviennent contre la volonté pendant le sommeil ou à l'état de veille. Il faut distinguer de la spermatorrhée la pollution nocturne normale.

Sous la pollution nocturne normale nous comprenons les pertes séminales qui surviennent chez les gens robustes et continents avec forte érection et des sensations voluptueuses et qui, après le réveil, laissent un sentiment de soulagement et de bien-être manifeste.

Les pollutions nocturnes sont pathologiques et anormales, quand elles laissent l'homme qu'elles affectent rompu, affaibli, sous la domination d'une dépression générale, quand elles se répètent trop fréquemment : deux ou trois fois par semaine, une fois par nuit ou même plusieurs fois dans une seule nuit.

Au commencement les pollutions anormales sont encore accompagnées d'érections et de sensations sexuel-

les ; mais petit à petit avec le progrès de l'affection, les érections et les sensations voluptueuses spéciales disparaissent, quelquefois les pollutions ne produisent aucun effet et ce n'est qu'à son réveil que le malade s'aperçoit qu'il a eu une perte séminale.

Quoique les pollutions ne sont pas si abondantes que dans l'état normal, néanmoins le malade est affecté d'une grande faiblesse dans les membres, d'une somnolence suprême, de palpitations cardiaques, de maux à la tête et dans la colonne vertébrale, d'une difficulté respiratoire et d'un affaiblissement notable de la mémoire.

Le degré plus avancé de la maladie commence, quand les pertes séminales surviennent pendant le jour sous l'influence de causes minimes, comme un simple attouchement de la verge, un frottement, l'équitation, la course vélocipédique, une excitation psychique provoquée par une lecture ou par des images érotiques. Le simple jeu de l'imagination peut souvent produire une pollution sans érection, suivie d'une sensation pénible, et d'une brûlure dans l'urèthre. On nomme ces pollutions des pollutions diurnes.

Elles indiquent déjà une irritabilité assez grande des organes génito-urinaires. Chez quelques malades, une grande émotion morale, l'impatience, la colère, la peur, l'angoisse ou la fatigue cérébrale suffisent pour provoquer le même phénomène. Exceptionnellement, les pollutions diurnes surviennent chez les hommes

bien portants après une course fatigante à cheval ou sur le vélocipède.

Chez beaucoup de malades, les pertes séminales, pollutions diurnes deviennent plus rares, quelquefois elles disparaissent et ceux-ci commencent à respirer librement et se croient guéris, mais ils se sentent toujours très faibles, déprimés moralement et physiquement, ils éprouvent des douleurs dans la colonne vertébrale et des palpitations cardiaques.

Les malades mettent souvent ces symptômes sur le compte des conséquences de leurs pollutions diurnes antérieures et usent de tous les moyens possibles pour regagner les forces perdues. Mais ils se trompent, croyant être libres de pertes séminales. Celles-ci ont pris une autre forme et bien souvent après des pollutions nocturnes ou diurnes apparaît la spermatorrhée, caractérisée par des pertes séminales pendant la miction ou la défécation, sans érection et ayant perdu à tel point tout caractère des sensations que le malade ne s'en doute même pas. La faiblesse irritable des organes génitaux s'est transformée en une excitation permanente.

Le sperme est difficilement contenu dans les conduits éjaculateurs et dans les vésicules séminales, car la plus petite quantité de sperme est chassée au dehors par la contraction des intestins et de la vessie.

Ces pertes séminales pendant la miction ou la défécation sont les symptômes d'un état pathologique très

grave, et ne se produisent jamais chez les gens bien portants.

Ce serait une erreur de croire que la spermatorrhée est toujours précédée de pollutions diurnes, succédant elles-mêmes aux pollutions nocturnes. Elle peut survenir aussitôt après les pollutions ou spontanément sans pollutions précédentes, pendant la convalescence de maladies aiguës ou au cours de maladies nerveuses et quelquefois même dans les maladies chroniques graves.

La première observation de la spermatorrhée est citée par Hippocrate. Il s'agit d'un homme de 30 ans, originaire de Kos, qui avait des pollutions nocturnes et des pertes séminales involontaires à l'état de veille. Depuis, l'affection passe inaperçue et même Boerhave et Haller ne concevaient pas la spermatorrhée sans maladies vénériennes. C'est Tissot qui l'a révélée le premier dans son célèbre travail : « *De pollutione diurna* » 1872, en commettant en même temps la grave erreur de considérer l'affection comme une perte séminale continuelle.

Lallemand, après Tissot, a fait connaître dans son travail, en 1840, la spermatorrhée, mais il a confondu avec elle les prostatorrhées, les phosphaturies et les gonorrhées.

Malgré ces travaux on ne s'occupe pas beaucoup de cette affection.

Zeissl considéra la spermatorrhée comme très rare.

Ce sont surtout les travaux de Clément, Furbringer, Béard et Peyer, qui ont indiqué l'importance et la fréquence de l'affection.

La cause mécanique de la spermatorrhée consiste probablement dans ce fait, que la contraction des intestins, dans l'acte de la défécation produit, par voie reflexe, une légère contraction des canaux spermatiques et des vésicules séminales. Cette théorie explique le fait que, non-seulement la constipation, mais aussi la diarrhée nerveuse, peut provoquer la spermatorrhée.

Le même phénomène se produit lors de la miction. La vessie se contracte fortement pour chasser les dernières gouttes ; en même temps les vésicules séminales se contractent aussi et laissent s'échapper une quantité plus ou moins grande de sperme qui ne peut être retenu vu le relâchement des conduits excréteurs.

Les pertes séminales peuvent être provoquées non seulement pendant la défécation et la miction, mais aussi par l'effort nécessaire pour soulever des fardeaux, par la toux, etc., etc.

La spermatorrhée est causée dans ces cas par la contraction des muscles abdominaux.

La différence entre la pollution et la spermatorrhée consiste encore dans le fait suivant :

La pollution est accompagnée d'une contraction convulsives de tous les muscles génito-urinaires et d'une éjaculation de sperme projeté avec force, et mélangée avec les produits de sécrétion de la prostate, des glan-

des de Coowper, tandis que dans la spermatorrhée il n'y a que du sperme.

L'écoulement continu du sperme, décrit si souvent par les auteurs anciens, n'est probablement possible que dans les traumatismes ou lésions graves de la moëlle épinière ou du cervelet.

Le Dr Donner, dans son travail sur la spermatorrhée (1898), cite deux cas. Dans la première observation il s'agit d'un instituteur de 28 ans qui est tombé sur la nuque et, dans la deuxième, d'un officier qui a reçu un coup dans la colonne vertébrale ; l'érection et l'incontinence du sperme dura presque 14 jours avec des rémissions faibles, puis elle cessa tout à fait.

Furbringer relate aussi l'extrême rareté d'un écoulement continu, il cite cependant des cas chez les malades atteints de lésions graves de la moëlle épinière et un cas d'un hystéro-neurasthénique.

Il faut mentionner encore une forme de la spermatorrhée de la miction qui survient chez les hommes ayant un fort rétrécissement de l'urèthre.

Dans ce cas, il peut arriver que le sperme d'une pollution ne peut pas franchir le rétrécissement, reflue en arrière et se déverse dans la vessie ; après il est chassé avec l'urine.

Le même phénomène peut se produire chez les hommes qui, pour éviter la fécondation, compriment la glande du pénis pendant l'éjaculation.

Il existe une forme très rare de la spermatorrhée

artificielle pendant la miction constatée pour la première fois par le Dr Dommer en 1892. Il cite trois cas.

Chez le premier malade on constata une perte de sperme survenue sous l'influence de dilatation du canal de l'urèthre par des sondes métalliques à 35 Charrières, suivies d'un lavage de la vessie avec de l'eau boriquée à 3 o/o tiède. Cette constatation fut vérifiée par un examen microscopique.

Le même phénomène se produit chez le malade une seconde fois, après une instillation du nitrate d'argent à 1 p. 700 dans l'urèthre antérieure et postérieure. Le malade n'avait jamais été affecté auparavant d'une spermatorrhée spontanée.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un phénomène semblable ne se produisant qu'une seule fois après une instillation du nitrate d'argent à 1 p. 750 dans l'urèthre postérieure.

Le troisième malade avait un papillome de la vessie.

On l'examina fréquemment avec le cystoscope sans aucun accident.

L'examen cystoscopique ne fut suivi de perte séminale bien caractéristique par l'examen microscopique qu'une seule fois.

Le malade n'était jamais affecté d'une spermatorrhée spontanée.

Les causes de la Spermatorrhée.

Pour connaître la pathogénie de la spermatorrhée, il faut dire quelques mots de la physiologie pathologique de l'érection et de l'éjaculation.

L'érection et l'éjaculation ne peuvent pas se produire sans une suite d'excitations venues du centre.

Elles sont impossibles après la section des nerfs péniens. Comme pour tous les phénomènes reflexes il faut qu'une excitation initiale sensitive périphérique soit reçue par un centre nerveux qui la transmet par la voie d'un nerf moteur à un groupe musculaire des organes génitaux.

Cette excitation des nerfs génitaux peut être produite par le coït, par les frottements, attouchements ou des repletions des vésicules séminales ou de la vessie, et l'incitation qui le fait agir doit avoir une certaine durée et une certaine intensité pour produire l'éjaculation. Peu de questions physiologiques ont été plus discutées que celui de l'existence d'un centre génital.

Gall et ses disciples plaçaient le foyer de l'instinct génital dans le cervelet. Il y a une quantité d'observa-

tions entres autres l'observation célèbre de Chauffard d'Avignon, qui nous montre des excitations génésiques considérables coïncidentes avec un développement exagéré du cervelet ou avec des lésions traumatiques ou purulentes de celui-ci.

Mais Serres a montré, que dans quatorze cas de ramollissement du cervelet le malade ne présentait pas d'érection. Ces faits étaient écrasants pour la théorie de Gall.

Dans une autre observation, relative aux excitations génésiques, Serres trouva entre autres désordres une inflammation de la protubérance et du commencement de la moëlle.

Ainsi on en vient à rapporter à la moëlle l'influence attribuée auparavant au cervelet. Le phénomène de l'érection est une des conséquences les plus fréquentes des lésions traumatiques de la moëlle épinière cervicale.

D'après Budge, il y aurait dans la moëlle épinière, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, un centre génito-spinal.

Quelle que soit la localisations précise de ce centre, il n'est pas douteux que la moëlle épinière a une influence capitale sur l'exercice des fonctions sexuelles. Les impressions du cerveau n'agissent pas directement sur les organes génitaux ; ils ont besoin de la force active de la moëlle épinière. C'est en elle que réside l'instinct sexuel, qui agit en dehors de la volonté. Ainsi

on comprend comment les lésions de la moëlle peuvent produire l'excitation génésique.

Dans le commencement de maladies de moëlle, accompagnées d'une période irritative des centres nerveux, ce centre génito-spinal étant excité, la présence d'une très petite quantité de sperme dans les vésicules séminales suffit pour provoquer l'éjaculation. On remarque en même temps que des pollutions — une facilité exagérée de répéter le coït, des grands excès d'onanisme, une incontenance nocturne d'urine, etc. C'est dans une observation de Trousseau sur l'ataxie locomotrice que tous ces faits sont mis en lumière. Dans une période plus avancée, quand à la période irritative succède la sclérose qui détruit entièrement le centre génital, l'érection devient impossible.

Mais s'il est vrai que la moëlle peut exécuter à elle-même les réflexes génitaux, l'influence du cerveau sur leur production n'en est pas moins grande.

L'érection se produit souvent sous l'influence d'un souvenir, de la lecture, de la vue, ou d'une autre excitation sensorielle. Au contraire, d'autres influences psychiques comme la timidité, la frayeur, la crainte de l'impuissance peuvent l'arrêter ou l'empêcher. Le rôle du cerveau est de modérer les réflexes médullaires.

Pendant le sommeil, quand le rôle modérateur du cerveau sur le réflexe génital est annulé, l'érection et l'éjaculation se produisent beaucoup plus facilement.

Une excitation légère comme un frottement sur la

glande ou une repletion des vésicules séminales suffisent pour provoquer une pollution nocturne.

Il est impossible de séparer les causes des pollutions nocturnes de celles de la spermatorrhée, car elles restent les mêmes dans les deux phénomènes. Mais on est autorisé à dire avec Furbringer que les causes étiologiques générales produisent surtout les pollutions, tandis que les lésions locales, la spermatorrhée. Il faut dire tout de suite quelles sont les difficultés qu'on peut trouver en recherchant l'étiologie de cette affection, car on confond les causes avec les effets; ainsi, par exemple, il arrive que le médecin se croit autorisé à considérer la dénutrition générale et l'état nerveux du malade comme les conséquences de la spermatorrhée dans des cas où celles-ci ne sont que les causes; et au contraire, d'autres fois, on prend ces causes pour l'effet de la maladie.

Les grands efforts, par exemple, du corps et de l'esprit, les grandes maladies aiguës ou chroniques, les infections et les lésions pulmonaires, la nutrition défec- tueuse, etc., etc., peuvent provoquer en même temps que différentes perturbations de l'organisme, la spermatorrhée, qui, placée ainsi dans un cercle vicieux, augmente les perturbations et rend impossible toute guérison. Tout cela fait que le médecin est très souvent embarrassé pour conclure quel est le phénomène primitif et quel est le secondaire. Ce qui prédomine dans les causes de la spermatorrhée, c'est une prédisposition héréditaire ou acquise par les maladies antérieures. Les

excès, par exemple, qui par eux seuls ne produisent rien chez la plupart des hommes, provoquent chez les hommes prédisposés, des désordres dans l'état général et spécialement dans les organes génitaux, désordres qui amènent des pertes séminales. De tels individus descendant très fréquemment d'une famille nerveuse, qui compte quelquefois parmi ses membres des hommes atteints d'affections mentales (V. Kraft-Ebbing), sont très irritables et souffrent de l'incontinence d'urine nocturne. Le fait a été remarqué pour la première fois par Trousseau.

« L'irritabilité du canal urétral, dit-il, cède la place, avec la puberté sexuelle, à l'irritabilité des organes génitaux. »

Oppenheim considéra aussi la prédisposition nerveuse comme suffisante à provoquer la spermatorrhée sous l'influence de causes secondaires minimales.

Charcot et Arndt ont fait de l'hérédité la cause prépondérante dans l'origine de la neurasthénie et surtout de la neurasthénie sexuelle.

Le fait a été mis en doute par Erb, Furbringer, V. Krafft-Ebbing, Strümpf, Möbius, etc., etc.

Peyer disait : « La neurasthénie congénitale est très rare comme cause des pertes séminales pathologiques. »

Et d'autre part, Legrand de Saulle, citant Trousseau, s'exprimait de la façon suivante :

« Les spermatorrhéiques sont en général des prédestinés aux désordres nerveux ; que la spermatorrhée se

« développe avec ou sans concours des conditions adjuvantes (blennorrhagie, masturbation), sous l'influence de la prédisposition; qu'enfin les troubles nerveux qui l'accompagnent tiennent moins à la spermatorrhée elle-même qu'à la tare de laquelle celle-ci se relève. Spermatorrhée et troubles nerveux sont sœurs et frères, non mère et fils. »

Le Dr Donner, au contraire, soutient que, dans la majorité des cas observés par lui, les malades étaient tout à fait bien portants et sont arrivés à la spermatorrhée par les excès sexuels ou par une gonorrhée chronique. Voici, d'après lui, le tableau étiologique :

1. Une prédisposition congénitale, la neurasthénie congénitale, l'adynamie congénitale des organes sexuels;

2. Les excès sexuels :

a. L'excès dans le coït normal;

b. Onanisme;

c. Coït interrompu et quelques cas plus rares du coït anormal.

3. Causes anatomiques locales c'est-à-dire la blennorrhagie;

4. Certaines causes plus rares, par exemple la continence, les maladies constitutionnelles, etc., etc.

Il faut se demander maintenant comment résulte de toutes ces causes — excès vénériens, onanisme, coït interrompu — la spermatorrhée?

C'est par deux procédés que le phénomène se produit.

Les grandes excitations fréquemment répétées, érections et éjaculations, provoquent d'un côté une irritabilité des organes génitaux et finalement une activité morbide au suprême degré. Cette activité se fait remarquer surtout par une sécrétion plus abondante; cette sécrétion produit, par la pression sur les parois du canal génital, des érections et des pollutions fréquentes.

Ainsi les conduits éjaculateurs sont-ils devenus plus irritables et réagissent plus facilement aux excitations périphériques ou centrales. Avec le temps, il arrive que les conduits éjaculateurs se dilatent, et par cela même le sperme, difficilement contenu, est projeté spontanément. D'autre part, les excès sexuels ont une grande influence sur tout l'organisme et aboutissent par cette voie à la spermatorrhée.

On sait que l'onanisme et le coït sont accompagnés d'une grande excitation de tout le système nerveux, laquelle arrive à son comble lors de l'éjaculation. Si les actes se répètent trop souvent, c'est-à-dire avant que le corps ait réparé ses forces, les impressions du système nerveux deviennent prolongées. L'excessive irritabilité des terminaisons périphériques, des nerfs génitaux provoquent un état d'irritabilité continuelle des centres réflexes dans le cerveau et dans la moëlle épinière.

Les gens qui se livrent aux excès vénériens, et surtout les onanistes, aboutissent à un état dans lequel toute leur vie et toute leur pensée se tourne autour des

choses sexuelles. Quelques-uns d'entre eux possèdent une fantaisie étonnante sous ce rapport.

Voilà la voie par laquelle les excès vénériens, la neurasthénie génitale, l'onanisme, aboutissent à la spermatorrhée.

Maintenant, je voudrais attirer l'attention sur une cause qui n'a pas encore été assez mentionnée : ce sont les lésions anatomiques locales, produites surtout par la blennorrhagie, par une inflammation chronique du col de la vessie, des vésicules séminales, du canalicule séminal.

L'urétrite antérieure est très rarement une cause de la spermatorrhée. Les pollutions qui surviennent les premiers jours d'une blennorrhagie aiguë, disparaissent très facilement.

Les choses se passent autrement s'il s'agit de l'urétrite postérieure, de l'inflammation gonococcique du canal urétral postérieur.

Les pollutions qui caractérisent le passage de l'inflammation dans l'urèthre postérieure ne sont ni si douloureuses, ni suivies des fortes érections, comme dans l'urétrite antérieure, mais elles sont plus fréquentes et accompagnées pendant l'éjaculation d'une douleur brûlante. Les pollutions prennent naissance à cause de l'inflammation et de l'irritabilité de « caput gallinaginis », et sont si caractéristiques que si un malade se plaint après la troisième ou quatrième semaine de sa

blennorrhagie de pollutions fréquentes, on peut lui prédire qu'il est atteint d'urétrite postérieure.

L'inflammation reste souvent cantonnée dans les couches supérieures du tissu conjonctif-sub-épithétial de la muqueuse membraneuse de l'urèthre postérieure et provoque des rares pollutions, mais, et cela a une importance capitale pour l'apparition de la spermatorrhée et de la prostatorrhée, l'inflammation se propage dans les couches profondes, suit les conduits excréteurs des glandes, le conduit éjaculateur des canaux spermaticques, et les conduits excréteurs de la prostate.

En ce qui concerne les canalicules spermaticques, l'inflammation peut aussi avoir un caractère tout superficiel et, dans ce cas, elle produit une compression ou un rétrécissement des canalicules, causes des douleurs brûlantes ressenties pendant l'éjaculation.

Mais il arrive plus fréquemment que les couches profondes sont aussi infiltrées de tissu conjonctif sclérosé et tout le conduit éjaculateur devient induré et non élastique.

Les canalicules spermaticques, arrivées au stade d'induration et de rigidité, ne sont plus en état de bien fermer les vésicules séminales et on comprend bien que pendant l'acte de défécation et de miction les vésicules séminales, se contractant en même temps que les intestins ou la vessie, ne peuvent plus retenir leur contenu et le chassent avec l'urine ou les fèces. Voilà le méca-

nisme de la spermatorrhée de défécation et de la miction.

Les mêmes changements anatomo pathologiques peuvent avoir lieu dans la prostate et transformer l'épithélium glandulaire. Le catarrhe desquamative ou purulent de la prostate est accompagné d'une prostatorrhée. L'urétrite postérieure peut être la cause d'une prostatorrhée compliquée de spermatorrhée. Les malades se plaignent de voir apparaître après chaque défécation un liquide épais, trouble, mucilagineux, qu'ils prennent pour du sperme. Ce phénomène, résultant de la pression du bol fécal, peut être produit par une pression digitale de la prostate par le rectum. L'inflammation se propageant à la prostate, dont l'influence sur les organes sexuels et les organes urinaires est si considérable, a sa répercussion non seulement sur la miction, mais aussi sur la vie sexuelle. La sensation voluptueuse pendant le coït est très amoindrie et quelquefois elle disparaît tout à fait ; dans d'autres cas, il se développe une faiblesse sexuelle avec des éjaculations précoces. En même temps les malades ont des pollutions fréquentes qui se répètent plusieurs fois pendant la nuit. Ces pollutions font place à la spermatorrhée qui amène son cortège symptomatologique.

Le professeur Fürbringer a trouvé sur 140 malades, atteints de gonorrhée chronique, 29 cas de spermatorrhée ; en rejetant 4 suspects de neurasthénie, 18 %

de gonorrhée chronique sont compliqués de spermatorrhée.

Parmi les causes plus rares de la spermatorrhée il faut citer surtout la continence, l'équitation prolongée, les lésions traumatiques de la partie occipitale de la tête.

La longueur démesurée du prépuce, l'eczéma, l'herpès et psoriasis prépucciale ont souvent pour conséquence la spermatorrhée ; de même que les affections du rectum, comme les hémorroïdes, les fissures douloureuses, eczéma prurigineux, les ascarides.

Chez les malades atteints de quelque affection de la moëlle épinière, chez les tabétiques, on voit survenir des pollutions. Le fait a été confirmé maintes fois par Olivier, Potain, Renaudin.

Lallemand et Moreau de la Sarthe, ont trouvé la même chose chez les gens gouteux, les rhumatisants.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

Ordinairement fatigués et alanguis, les malades ont le regard terne et vague, l'imagination sans cesse inquiète.

Ils se plaignent de palpitations, d'une dyspnée intermittente revenant par accès ou au contraire habituelle et presque continue.

L'appétit peu rester bon ou bien il diminue ; le plus souvent il est accru ; les malades ont cette sensation de faim exagérée qu'accusent certains dyspeptiques. Les digestions sont mauvaises, il y a des crampes, des tiraillements de l'estomac. La dyspepsie s'accroît et amène à sa suite une fréquence plus grande de pertes séminales. L'oppression devient continue, les malades ont une toux sèche, petite, à caractères de toux nerveuse.

Le spermatorrhéique arrive assez vite à la frigidité et ensuite à l'impuissance relative ou absolue.

L'appétit sexuel est perdu.

Dans les essais de rapprochement sexuel, l'éjaculation est précoce avant ou pendant l'intro-mission du

pénis. L'impuissance entraîne l'infécondité, qui résulte d'ailleurs aussi de l'altération de la liqueur spermatique. L'examen microscopique montre que chez les spermatorrhéïques le liquide séminal ne renferme plus de spermatozoïdes ou que ceux qu'il contient sont altérés ou mal conformés.

Tous ces troubles ne se produisent pas sans déterminer des modifications profondes de la santé générale. Les malades sont pâles, anémiques, et l'auscultation fait percevoir au niveau du cœur et des vaisseaux du cou les bruits du souffle qu'on perçoit d'ordinaire chez les chlorotiques.

La température centrale s'abaisse.

Le spermatorrhéïque a aisément froid et il est obligé de se vêtir plus que d'ordinaire. En même temps se développe l'affaiblissement musculaire. Tout effort devient pénible.

La marche est lente et incertaine. On observe des tremblements involontaires, de l'instabilité dans les mouvements. Ces tremblements pourraient être assez accusés pour simuler ceux qu'on rencontre chez les individus intoxiqués par le mercure ou atteints du *délirium trémens*.

La sensibilité générale et spéciale est aussi fréquemment atteinte. Les malades éprouvent un sentiment de chaleur, de froid ou des fourmillements au niveau des membres, à la colonne vertébrale, à la région lombaire.

En ce qui concerne les sens, spécialement la vue et l'ouïe, on note aussi fréquemment les troubles.

Les spermatorrhéïques entendent des bruits sourds, qu'ils comparent à des sifflements, à des bourdonnements, à des roulements de tambour. Ils sentent battre les artères au niveau de la tempe. On rencontre les mêmes phénomènes chez les hypochondriaques.

L'acuité visuelle est diminuée. La vue se fatigue vite, les petits objets sont appréciés avec moins de netteté. Le champ visuel est parcouru par des mouches volantes, des fils, des points mobiles. La lumière vive est difficilement supportée. Elle détermine des éblouissements.

Il y a parfois une véritable photophobie qui est presque toujours accompagnée d'une dilatation très accusée de la pupille. Tous ces troubles sont variables, changent de nature facilement, se modifient d'un instant à l'autre.

Les spermatorrhéïques se plaignent souvent d'une céphalalgie opiniâtre et tenace, analogue à celle qui affecte les neurasthéniques.

Elle se traduit par un sentiment de pesanteur au niveau du front et de la nuque, par une sorte de sentiment de constriction autour de la tête. Ces douleurs sont d'habitude diurnes, souvent elles ont un maximum d'intensité, le matin au réveil, ou bien elles sont plus vives après le repas et paraissent exaspérées par des digestions défectueuses. Il n'est pas rare de les voir s'accompagner de vertiges, d'omnubilation passagère des sens.

Tous ces phénomènes sont provoqués ou accentués par les travaux intellectuels.

En général, les malades atteints des pertes séminales dorment mal. Le sommeil est peu réparateur, agité par des rêves et cauchemars, interrompu par des pollutions. Quelquefois on a affaire à une insomnie tenace ; après quelques heures de repos incomplet, les malades se réveillent pour ne plus se rendormir.

Chez tous les spermatorrhéïques le caractère et les sentiments affectifs se modifient quelquefois profondément.

Les malades très préoccupés de leur état, analysant sans cesse avec un soin jaloux les moindres symptômes dont ils souffrent, deviennent indifférents aux personnes et aux choses qui les entourent.

La volonté perd toute son énergie.

Les spermatorrhéïques sont apathiques, incapables de spontanéité et de décision.

En butte à une perpétuelle incertitude, il ne se fixent à rien, sont inaptes à prendre une décision virile, consultent des médecins, commencent tous les traitements sans pouvoir continuer et suivre régulièrement un seul.

Le courage est chez eux au niveau de la volonté et suit dans une certaine mesure ses fluctuations.

L'intelligence s'affaiblit et se pervertit, en même temps que se modifient et s'altèrent les facultés morales et les sentiments affectifs.

L'affaiblissement intellectuel se traduit par une dimi-

mution de la mémoire qui devient indécise et infidèle ; les malades oublient les noms propres, les dates.

En même temps on voit les autres fonctions intellectuelles s'affaiblir à leur tour. Il y a moins de clarté dans les idées, celles-ci s'enchaînent plus difficilement et plus mal.

Les jugements sont moins sûrs, l'imagination moins brillante et moins vive. Ces divers troubles s'accusent plus ou moins, et pas au même degré chez les différents individus.

Toutes les fois qu'on a devant soi un homme jeune encore, qui paraît affaibli, insouciant, triste, ne remplissant ses occupations ordinaires que machinalement, et n'écrivant plus avec le même entrain, il ne faut pas omettre la possibilité d'une spermatorrhée et diriger l'examen de ce côté.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles est accompagné de différentes perversions de l'intelligence. Il convient de placer au premier rang de ces perversions les idées hypocondriaques. Les spermatorrhéïques sont surtout préoccupés de leur état, de leurs pertes séminales. Mais la sphère de leurs tourments, qui s'étendait tout d'abord seulement à ces pertes et à l'impuissance dont elles sont souvent accompagnées, ne tardent pas à s'élargir. Alors mille symptômes imaginaires sont tour à tour ressentis et accusés et viennent accroître l'anxiété et les angoisses des malheureux malades. Il peut arriver que cette hypocondrie, presque toujours tenace,

s'accroît à un tel degré, que les malades se trouvent atteints d'aliénation mentale. Chez les spermatorrhéïques les idées hypocondriaques peuvent aboutir à une véritable mélancolie. La tristesse habituelle chez les malheureux, dégénère en un profond désespoir, en une sauvage misanthropie ; les préoccupations malades se transforment en craintes sinistres, en appréhensions folles, et en une conviction intime de ruine prochaine et de catastrophe imminente.

Sous l'influence des obsessions pathologiques, auxquelles il sont en proie, les malades en arrivent à avoir des hallucinations. Ils deviennent des persécutés. Ils entendent des voix qui les narguent et les injurient, qui les tournent en ridicule à cause de leurs excès passés ou de l'impuissance génitale, à laquelle les a réduits la spermatorrhée persistante.

Les passants les regardent de travers, se rient de leurs souffrances ou de leur état malheureux. Aussi voit-on ces malades concevoir des idées de suicide ; ces idées si fréquemment observées chez eux ne conduisent très souvent qu'à des tentatives avortées de mort volontaire : le spermatorrhéïque a la volonté malade.

DIAGNOSTIC

Le médecin ne doit porter jamais le diagnostic de la spermatorrhée d'après les affirmations des malades qui s'en plaignent. Beaucoup d'hypochondriaques, ayant lu un grand nombre de livres de médecine, décrivent leur affection avec force détails, une apparence de vérité et un accent de conviction qui peuvent tromper un médecin non prévenu.

La spermatorrhée ne peut être diagnostiquée qu'après l'examen microscopique constatant la présence des spermatozoïdes dans les liquides recueillis, dans les linges tachés ou dans l'urine.

La recherche des spermatozoïdes est très facile.

On recommande aux malades atteints de spermatorrhée, pendant la défécation, de recueillir le liquide échappé dans des petits tubes. On dépose quelques gouttes sur une lamelle, qu'on colore, et qu'on place sous le champ du microscope. Pour découvrir les spermatozoïdes sur les linges tachés, on emploie le procédé indiqué par les médico-légistes.

On découpe sur le linge une bandelette contenant toute la tache et la dépassant ; on la plonge dans l'eau par une de ses extrémités, le liquide monte par la capillarité, imbibé et ramollit la tache, et après vingt minutes environ, il ne reste plus qu'à râcler légèrement l'étoffe, à étaler sur une lamelle le sperme devenu liquide et le regarder au microscope. On reconnaît facilement les spermatozoïdes. Les urines mélangées de sperme peuvent être claires et contenir des filaments blanchâtres ou un dépôt dont la couleur et l'abondance varient. Il faut pratiquer l'examen microscopique, car il est impossible de reconnaître à l'œil la présence des spermatozoïdes. On prend autant que possible les urines recueillies à la fin de la miction ou une certaine quantité d'urines de 24 heures. On la centrifuge, dépose une goutte sur une lamelle sous le microscope.

La seule présence de spermatozoïdes ne suffit pas toujours pour faire le diagnostic de la spermatorrhée. Il faut savoir si le liquide ou l'urine ne sont pas recueillis après une pollution nocturne ou le coït. On doit tenir compte aussi du nombre et de la conformation des spermatozoïdes.

En prenant pour signe pathognomonique la présence des spermatozoïdes constatée par l'examen microscopique, le diagnostic de la spermatorrhée devient très facile.

Passons en revue tous les écoulements uréthraux pris par les malades et autrefois par les médecins même pour du sperme.

C'est l'écoulement résultant de l'hypersécrétion des glandes de Cowper qui effraie le plus souvent les malades. C'est un liquide filant comme le sperme, visqueux, complètement hyalin et transparent. Il apparaît souvent le matin en petite quantité sous l'influence de la repletion de la vessie et aussi après les efforts de la défécation, l'équitation, une position assise longtemps prolongée, une marche forcée. Le liquide des glandes de Cowper n'a pas l'odeur du sperme, et il ne renferme aucun élément anatomique.

L'écoulement du liquide prostatique peut aussi faire croire à l'existence d'une spermatorrhée.

L'inflammation chronique de la prostate peut aussi amener une hypersécrétion glandulaire.

Le liquide prostatique est rejeté sous forme de petites éjaculations tantôt pendant la défécation, tantôt à la fin de la miction, la glande se trouvant exprimée par le passage du bol fécal ou par la contraction musculaire. Robin donne les signes suivants comme caractéristiques de la sécrétion normale prostatique :

Liquide alcalin, inodore, de couleur laiteuse ou opaline prononcée, tenant en suspension de très fines granulations et des gouttelettes graisseuses.

Les malades et parfois les médecins confondent l'urétrite chronique postérieure avec la spermatorrhée.

Le pus secrété par la muqueuse enflammée est entraîné en long filament avec le jet d'urine.

L'examen microscopique prouve que ces filaments

ainsi que le dépôt urinaire de l'urétrite sont constitués par des globules de pus et des cellules épithéliales. Ce sont ces écoulements purulents, que Lallemand décrit sous le nom de pertes diurnes.

La cystite chronique se distingue facilement de la spermatorrhée. La coloration blanchâtre des dernières gouttes d'urines rendues tient exclusivement à la présence de nombreux globules du fer et des sels prostatiques.

TRAITEMENT

Le traitement des malades atteints de la spermatorrhée est très difficile. L'existence d'une grande quantité de méthodes de traitement prouve bien la faible efficacité de ceux-ci. Dans le choix d'une méthode il faut faire attention non seulement à l'état général de l'organisme, des organes génitaux, mais aussi à l'âge, aux habitudes, à la façon de vivre, à la profession du sujet, et on emploiera suivant les cas l'hydrothérapie, l'électricité, le massage, les médicaments, etc., etc.

Mais avant tout il est d'une importance capitale que le médecin obtienne la confiance du malade, qui est généralement obsédé par une idée fixe de la spermatorrhée et croit éprouver tous les accidents dont il a lu la description dans les ouvrages populaires et pseudo-scientifiques. Sans nier le dire des malades, il faut les écouter avec sollicitude, les traiter avec bonté et gagner leur confiance par des paroles de commisération. Il faut surtout les convaincre qu'ils évitent à concentrer toute leur attention sur l'état de leur santé, pour éloigner

leurs craintes et leurs idées tristes ; il faut occuper leur esprit par un travail physique peu fatigant et agréable et les distraire modérément. Il y a, en un mot, tout un traitement psychique à faire.

Maintenant je voudrais passer en revue quelques méthodes de traitement ;

Traitements par les médicaments, par l'électrothérapie, par l'hydrothérapie, par l'hygiène, etc., etc.

I. Traitement par les médicaments.

De tous les médicaments usités contre la spermatorrhée, les plus anciennement connus sont le lupulin et le camphre.

Curschman et Furbringer, malgré l'emploi répandu de ces médicaments, nient leur action sédative sur les organes génitaux. L'arsenic, la noix vomique, la strychnine ont une valeur incertaine. C'est surtout le bromure de potassium et de sodium qui méritent d'être recommandés aux malades. Diday employait exclusivement le bromure de potassium à la dose de deux à cinq grammes administré dans un verre d'eau avant le coucher.

Dans les derniers temps, le D^r Thör proposa pour la première fois l'antypirine contre les pollutions

nocturnes. Il prétend avoir obtenu de bons résultats dans sept cas. La dose employée est de 0,50 à 1 gram. donnée avant le coucher.

II. Traitement par l'électricité.

De tous les moyens thérapeutiques, c'est l'électricité qui donne les meilleurs résultats.

La question de l'électrothérapie est très bien exposée par M. Courtade.

Voilà le résumé de ses indications et le procédé qu'il emploie.

Le courant électrique est indiqué quand malgré la guérison de l'état local, la maladie persiste encore.

Dans le cas où la spermatorrhée est une conséquence d'une affection du système nerveux cérébro-spinal, l'électricité peut être employé avec succès, surtout lorsque l'affection nerveuse est encore à ses débuts.

Mais c'est surtout dans la spermatorrhée d'origine neurasthénique que l'électrothérapie est toute puissante et arrive à guérir rapidement les malades. Le procédé employé par M. Courtade est le suivant :

Il faut d'abord agir sur les centres génitaux spinaux d'une manière directe et réflexe. Pour cela, on place au niveau des dernières vertèbres dorsales une plaque d'étain recouverte de peau de chamois et trempée dans l'eau chaude. On prend ensuite un tampon de charbon

recouvert de peau de chamois et après l'avoir mouillé, on électrise successivement avec le courant faradique le périnée, la partie supérieure des cuisses et les parties latérales de l'abdomen.

Les intermittences doivent être rapides, et il est préférable de se servir au point de vue réflexe du courant faradique produit par la bobine à fil fin. Le pôle négatif sera mis en rapport avec le tampon et le pôle positif avec la plaque dorsale. On peut aussi faire passer aux mêmes endroits un courant galvanique d'une intensité de 15 à 20 milliampères, avec interruption et renversements fréquents.

Ce traitement pourra à lui tout seul amener la guérison. S'il n'était pas suffisant il faudrait électriser directement les vésicules séminales. Pour cela la plaque restant toujours au niveau des dernières vertèbres dorsales, on introduira dans le rectum une électrode en charbon de grosseur moyenne, semblable à celle employée pour électriser l'utérus, et on la mettra en rapport avec la face postérieure des vésicules séminales.

On fera d'abord passer un courant faradique à intermittences lentes, en se servant de préférence du courant fourni par la bobine à gros fil, ou bien de l'extracourant. Le pôle négatif de l'appareil sera mis en rapport avec l'électrode rectale.

On emploiera ensuite un courant galvanique d'une intensité de 10 à 15 milliampères. Il faut éviter de laisser passer ce dernier courant d'une manière continue ;

on doit au contraire faire des intermittences et des renversements fréquents et on changera à chaque interruption l'électrode de place. On empêchera ainsi la production d'escharres.

On peut encore au lieu d'électriser les vésicules séminales par la voie rectale, introduire une petite électrode en charbon dans l'urèthre jusqu'au niveau du verum-montanum et exciter les orifices des canaux éjaculateurs, surtout dans le cas de spermatorrhée par atonie. La durée totale de la séance ne dépassera pas dix minutes et on fera trois séances par semaine.

Chez les neurasthéniques qui forment la plus grande partie des spermatorrhéïques sans lésion, on se trouvera bien d'employer l'électricité statique sous forme de douches, vent et étincelles courtes sur la légion dorsale :

Le Dr Richard Wagner donne le résultat de dix cas de traitement électrothérapique de pollutions pathologiques et de spermatorrhée. Tous les sujets sont bien portants. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887).

3. Traitement par l'hydrothérapie.

Dans le premier degré, que la spermatorrhée est un symptôme de la neurasthénie sexuelle, il faut souvent avoir recours aux applications sédatives. Parmi ces dernières, Beni-Barde donne la préférence à la douche tempérée, qui mieux que tout autre procédé, peut être

adaptée à la susceptibilité du sujet et à la nature de ses troubles morbides.

Pour apaiser l'excitabilité nerveuse, il faut que la douche soit assez prolongée, qu'elle ait peu de pression et que la température de l'eau ne soit jamais trop élevée ou trop basse.

On peut associer à cette douche les immersions tempérées sous la forme de piscines, de bains, de demi-bains, ou de bains de siège. Dans le second degré il devient nécessaire d'employer les applications froides.

Traitements des pollutions nocturnes par l'hygiène et l'hydrothérapie.

La première indication pour traiter avec succès les pollutions nocturnes, consiste en ce que le malade évite tous les excès sexuels. Pour le convaincre de la nécessité absolue de la modération, le médecin doit employer toute son influence, en présentant au malade tous les dangers des excès. Pour guérir les pollutions, qui surviennent dans la première partie de la nuit, et qui par cela sont plus nuisibles, il faut prescrire au malade la diète suivante :

Eviter de faire avant le coucher des repas copieux, de manger des mets trop lourds, comme les œufs durs, les fromages, les viandes trop saignantes, et les mets trop épicés.

Eviter les alcools, les excès du tabac.

Eviter les grandes impressions morales, le surmenage intellectuel et physique, et surtout éviter une constipation prolongée.

Toutes ces prescriptions suffisent en général et il est aussi à souhaiter que le malade s'efforce à ne pas dormir couché sur le dos.

En se levant il doit se laver les pieds avec de l'eau froide et du savon, et mettre tous les jours des chaussettes propres. Les gens qui travaillent assis feront bien de se laver plusieurs fois par jour les pieds, même pendant le mauvais temps, d'effectuer des promenades régulières et des exercices gymnastiques.

Dans les cas tenaces, on arrive à de bons résultats avec des bains de siège. Il faut les administrer pendant trois à quatre semaines dans la matinée et, dans les cas plus graves, même pendant l'après-midi, à la température de 18 degrés. En même temps un aide doit faire des immersions froides sur la colonne vertébrale avec la main ou une éponge.

Pour guérir les pollutions de la seconde moitié de la nuit qui sont les plus fréquentes, il faut surtout faire attention à la vessie. Le malade doit uriner avant le coucher et éviter les boissons.

Dans quelques cas il est bon de le réveiller à cinq heures du matin, pour le faire vider la vessie.

A la fin, je voudrais citer les observations apportées par Hogner, de cas de la spermatorrhée coïncidant

avec l'hypertrophie commençante de la prostate et guéries par le massage de la prostate.

Dans la spermatorrhée qui a pour cause une lésion locale soit du côté de l'urèthre postérieure, soit du côté de la prostate, soit du côté des vésicules séminales, c'est les moyens chirurgicaux qui doivent être employés. M. le professeur Guyon préconise l'instillation du nitrate d'argent dans l'urèthre postérieure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*personnelle*).

Le nommé P..., employé, âgé de 33 ans, entre le 1^{er} février 1901 à la clinique de M. le professeur Guyon, pour des pertes spermatiques involontaires.

Comme antécédent il faut citer une blennorrhagie survenue en 1881, mal soignée, avec une goutte matinale qui persiste malgré les injections de sublimé depuis un an.

Pas de gonocoques. Mictions normales et de fréquences normales.

Urines claires et dépourvues de sang.

Le malade s'adonnait à la masturbation dès l'âge de 14 ans pendant 3 ans sans grands excès.

Il a remarqué les premières pertes séminales pendant les efforts de la défécation en 1890, elles surviennent tous les jours et en grande quantité.

Jamais de pollutions nocturnes.

En même temps, le malade, depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire depuis la puberté, toujours éprouvait de grandes difficultés à pratiquer le coït. La cause de cette impuissance relative était l'éjaculation précoce.

Il se maria à 28 ans et arriva à avoir deux enfants. Le malade appartient à une famille de gens nerveux, il est très impres-

sionnable, s'emporte facilement, mais d'un caractère gai et en somme il n'a pas de signes graves de la neurasthénie. A la suite des pertes il se sent toujours très fatigué, ne pouvant travailler debout et éprouve des troubles digestifs, surtout une constipation opiniâtre.

Analyses microscopiques faites par M. Motz :

25 mars. — Beaucoup de spermatozoïdes dans le liquide sorti du canal urétral pendant les efforts de la défécation et recueillie par le malade sur une lamelle.

23 avril. — L'examen microscopique de l'urine montre des spermatozoïdes peu nombreux, mais bien conformés.

2 mai. — Pas de spermatozoïdes dans l'urine, quelques rares leucocytes.

Depuis le 2 février, trois fois par semaine, M. Courtade fit suivre au patient un traitement électrique par des courants faradiques.

Electrisation périnéo-abdominale.

Bien qu'une amélioration notable se fit sentir au commencement, ce traitement ne donna aucun résultat appréciable ; au bout de 3 mois et demi, les mêmes pertes avec la même sensation de faiblesse ayant persisté.

Depuis le 15 mai, électrisation recto-abdominale, qui donna une grande amélioration.

Analyse microscopique d'une goutte recueillie par le malade sur une lamelle après la défécation le 21 mai : Pas de spermatozoïdes.

OBSERVATION II (*personnelle*).

Le nommé C..., gardien de la paix, âgé de 36 ans, entre le 28 mars 1901 à la clinique de M. le professeur Guyon pour de la

spermatorrhée compliquée d'impuissance absolue. A 46 ans et demi une blennorrhagie qui a duré 5 à 6 ans.

A l'âge de 21 ans, syphilis avec des plaques muqueuses, roséole, soignée à l'hôpital du Midi par les pilules du protoïode d'hydrargyre et le sirop de Gibert.

En 1899, il est venu dans le service de M. le professeur Guyon en se plaignant de pertes séminales survenant depuis 5 ou 6 mois tant le jour que la nuit. On l'a sondé, le canal était libre. Il avait des douleurs dans les reins. On lui a ordonné des avements et des douches froides dans les reins. Au bout de quelques jours il a cessé d'avoir des pertes la nuit, mais celles-ci ont continué le jour.

Voilà comment le malade raconte lui-même son état :

« A 29 ans, je m'aperçus que les forces m'abandonnaient. A cette époque, j'avais comme des petites crises nerveuses, que j'attribuais à l'énervement plutôt qu'à la fatigue; et cela me venait après des moments d'oisiveté ou d'ennui; ensuite l'envie d'uriner me prenait et, après avoir uriné, j'éprouvais comme une petite sensation de jouissance dans le canal, d'où il s'échappait une matière gluante comme une espèce de colle. Après cela j'avais mal dans les parties génitales, dans les reins et dans les jambes.

Je restais ainsi près de 2 ans.

Ensuite au lieu d'une sensation de jouissance, qui accompagnait jusque-là les pertes, je commençais à éprouver une douleur et un gonflement du testicule gauche. C'est à ce moment que je suis entré pour la première fois à la clinique de M. Guyon. »

Le malade est d'un tempérament nerveux. Il a de fréquents maux de tête. Au mois de janvier 1901, il devient complètement impuissant et en même temps les pertes séminales cessèrent.

L'examen montre le canal libre, les urines très claires et la prostate normale.

L'analyse microscopique faite par M. Motz, le 5 avril, montre des spermatozoïdes dans l'urine.

Traitement électrique par M. Courtade depuis le 28 mars 1901.

2 avril. — Le malade se sent beaucoup mieux.

L'électrisation faradique, périnéo-abdominale.

13 avril. — L'amélioration s'accroît.

Etat actuel : L'impuissance a disparu tout à fait et les pertes ont diminué en nombre.

L'état général s'est amélioré.

OBSERVATION III (*personnelle*).

Le nommé B... E..., âgé de 37 ans, tourneur sur métaux, entre à la clinique de M. le professeur Guyon pour les pertes séminales et l'impuissance, le 20 avril.

Le patient s'adonnait à la masturbation de 13 à 18 ans sans excès, pas de blennorrhagie, une sciatique en 1894. Il n'est pas marié. Il n'a jamais eu d'accidents nerveux, mais souffre souvent de maux de tête. Les premières pertes ont commencé en 1897; pendant les efforts de la miction, elles ne sont apparues que deux fois et cessèrent tout à fait. Elles ont recommencé de nouveau au mois de janvier 1901. Elles ne sont apparues en tout que quatre fois, pendant la miction, sans érection et sans sensations voluptueuses. C'est alors que le malade est devenu complètement impuissant.

Depuis l'entrée à la clinique, il n'a pas présenté de pertes séminales. Traitement électrique le 20 avril, l'électrisation faradique périnéo-abdominale.

Etat actuel. — Très grande amélioration. Impuissance disparue. Pas de pertes séminales.

OBSERVATION IV (*personnelle*).

Le nommé F..., doreur, âgé de 23 ans, entre à la clinique de M. le professeur Guyon le 4 mai 1901 pour des pollutions nocturnes pathologiques.

Le malade se masturba depuis l'âge de 8 ans avec de grands excès, deux à trois fois par jour. Une blennorrhagie en 1894 soignée à Budapest trois à quatre mois par les injections au permanganate.

En 1895, un nouvel accès, qui dura deux mois. Depuis cette époque, tous les ans un nouvel accès.

En 1900, soigné à Beaujon.

Il y a deux mois les urines sont redevenues troubles, maintenant elles sont claires, mais il y a quelques filaments, surtout le matin.

Les pollutions nocturnes sont apparues depuis l'âge de 14 ans, Elles sont très fréquentes, se répétant quelquefois deux à trois fois par nuit, souvent sans sensations spéciales, ce n'est que le matin qu'il se sent mouillé.

Maintenant le malade a trois fois par semaine pollution nocturne, des érections fréquentes sans sensations voluptueuses, qui le fatiguent beaucoup. Il a des douleurs dans les membres inférieurs, dans les genoux et à la colonne vertébrale lombaire.

Il est d'un tempérament nerveux.

4 mai. — Traitement électrique.

10 mai. — Deux pollutions dans la nuit.

Le malade ne vient pas se faire soigner régulièrement.

OBSERVATION V (*personnelle*).

Le nommé M..., âgé de 30 ans, commerçant, entre le 8 mai

1901 à la clinique de M. le professeur Guyon, pour des pollutions nocturnes.

Aucun antécédent pathologique personnel.

Pas de masturbation, pas de blennorrhagie.

Rapports sexuels réguliers depuis l'âge de 16 ans.

Il est d'une famille nerveuse.

La mère était atteinte d'une maladie mentale.

Il ne présente pas de grands symptômes de neurasthénie.

Grande excitabilité générale.

Depuis l'âge de 15 ans apparaissent les pollutions nocturnes qui surviennent d'abord une fois par semaine, ensuite deux ou trois fois.

Les pollutions sont accompagnées d'une forte érection et de sensations voluptueuses.

Le sommeil est agité, troublé toujours par des rêves érotiques.

Les rapports sexuels réguliers et fréquents ne diminuent pas les pollutions, elles augmentent avec les rapports sexuels.

Le malade a suivi un traitement hydrothérapique en 1894 sans aucun résultat.

En 1893, M. Albaran lui a pratiqué la circoncision, cause présumptive des pollutions, sans arriver à faire cesser ni même diminuer le nombre de pollutions.

Il est marié depuis 7 ans, a deux enfants.

Traitement électrique commencé par M. Courtade, le 9 mai.

Jusqu'ici aucune amélioration notable.

OBSERVATION VI (M. COURTADE).

Le nommé B..., âgé de 27 ans, entré le 17 novembre 1900 à la clinique de M. le professeur Guyon, pour de la spermatorrhée.

Rien de spécial comme antécédent, sauf une blennorrhagie il y a 5 ans, bien guérie en trois mois.

Les voies urinaires sont normales et l'examen de l'urèthre fait par M. Noguès n'a rien fait voir d'anormal.

Peu de symptômes de neurasthénie.

L'examen manométrique de la vessie donne peu de pression, mais le malade vide bien sa vessie et le jet a de la force.

Le réflexe rotulien est conservé, plutôt exagéré ; le réflexe crémasterien est très diminué.

La spermatorrhée a débuté il y a trois ou quatre ans, elle se produit surtout après avoir uriné.

Le malade constate quelques pertes pendant la nuit, mais sans rêves ; il constate simplement le matin qu'il est mouillé.

Pas d'impuissance.

Le malade est d'abord électrisé le 17 novembre par des courants faradiques intra-uréthraux, et une amélioration très rapide survient.

Le 29 novembre, électrisation périnéo-abdominale.

Le 8 décembre, après être resté vingt jours sans avoir de symptômes anormaux, 2 deux pertes dans la nuit avec des rêves et une dans la journée.

Le 25 décembre, les pertes sont devenues fréquentes et l'électrisation périnéo-abdominale est abandonnée pour faire place à l'électrisation recto-abdominale.

Le 10 février 1901, les pertes ont disparu de nouveau et, le 14 février, le malade quitte la clinique, guéri.

OBSERVATION VII (M. COURTADE).

Le nommé A..., âgé de 41 ans, entre à la clinique de M. le professeur Guyon, pour de la spermatorrhée accompagnée d'impuissance.

On trouve comme antécédents une blennorrhagie contractée à l'âge de 20 ans, de peu de durée ; des chancres mous, mais pas de syphilis.

Habitude d'alcoolisme.

Le malade est nerveux, mais ne présente pas de stigmates de la neurasthénie.

Les pertes séminales ont commencé il y a dix mois, et se présentent dans la journée, surtout à la fin de la miction, même souvent après les garde-robes ; pas de spermatorrhée nocturne.

L'impuissance a commencé il y a huit mois seulement.

Le malade ne présente aucun trouble du côté du système nerveux : rien du côté de la marche ; pupilles normales.

Réflexes rotuliens simplement diminués ; réflexes crémasteriens abolis.

Le canal de l'urèthre examiné à l'uréthroscope est sain.

Le malade est électrisé le 8 décembre 1900, d'abord par des courants faradiques, l'extra-courant, rapides, recto-abdominaux.

L'amélioration commence vers le 14 décembre et porte non seulement sur la spermatorrhée mais aussi sur l'impuissance, les érections sont bien meilleures.

Jusqu'au 10 janvier 1901, l'amélioration continue, les pertes cessent complètement, les érections sont très bonnes, et le moral qui était un peu affecté devient bien meilleur.

Je cesse alors l'électrisation recto-abdominale pour faire l'électrisation périnéo-abdominale.

La guérison persiste et le malade quitte la clinique guéri.

OBSERVATION VIII (M. COURTADE).

Le nommé E. M..., âgé de 17 ans 1/2, entre le 28 décembre

1900, à la clinique de l'hôpital Necker, pour une spermatorrhée nocturne.

Le malade a eu jusqu'ici une bonne santé habituelle.

On relève seulement dans ses antécédents une incontinence nocturne irrégulière ayant persisté jusqu'à l'âge de dix ans et une pollakiurie diurne qui persiste encore.

La spermatorrhée a débuté il y a environ trois mois et se produit deux ou trois fois par semaine et quelquefois deux fois dans la même nuit.

Cette spermatorrhée est accompagnée de rêves.

Les organes génitaux-urinaires ne présentent rien d'anormal.

Les réflexes rotuliens et crémasteriens sont normaux.

Le malade est électrisé le 28 décembre 1900 avec un pôle sur l'abdomen et un pôle dans le rectum, au niveau des vésicules séminales (courants faradiques rapides).

L'amélioration commence vers le 15 janvier.

Les pertes commencent par diminuer de fréquence, puis diminuent de quantité, et le 9 février le malade quitte la clinique guéri.

OBSERVATION IX (M. COURTADE).

Le nommé A..., âgé de 29 ans, entre à la clinique de M. le professeur Guyon le 24 avril 1900, pour des pertes séminales diurnes, survenant après la défécation et ayant débuté il y a trois mois.

Ces pertes avaient été précédées de spermatorrhées nocturnes fréquentes avec rêves érotiques.

Comme antécédent, on trouve une blennorrhagie ayant eu lieu il y a trois ans.

Les réflexes rotuliens et crémasteriens sont normaux, plutôt exagérés.

Les pertes séminales diurnes sont suivies de fatigue lombaire.

Pas d'impuissance : cependant l'éjaculation est toujours assez rapide et depuis deux mois elle est moins forte.

Le malade est électrisé le 24 avril avec les courants faradiques et des courants galvaniques intermittents et renversés, d'une intensité de 15 à 20 milliampères avec un pôle sur le périnée et l'autre sur l'abdomen.

L'amélioration commence le 30 avril, persiste sans interruption en allant en augmentant et le 9 mai, le malade cesse l'électrisation ; il n'avait pas eu de pertes depuis quinze jours.

OBSERVATION X (M. COURTADE).

Le nommé M..., âgé de 17 ans, entre à la clinique de M. le professeur Guyon le 3 janvier 1898.

Rien d'important dans les antécédents héréditaires, sauf un frère atteint d'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 6 ans.

Le malade est très grand (1^m80) et de très bonne santé apparente.

Pas de maladie étant jeune ; pas d'attaques, pas d'incontinence nocturne.

En 1896, la spermatorrhée débute par une ou deux pollutions par semaine, surtout la nuit, jamais après avoir été à la garde-robe, quelquefois après la miction.

Depuis cette époque la spermatorrhée continue toujours une ou deux fois par semaine.

La spermatorrhée nocturne était accompagnée de rêves érotiques.

Le malade se réveillait après chaque perte, la première année ; depuis ce temps, il ne s'éveille pas, mais il se rappelle cependant avoir eu des rêves d'excitations génitales.

Le malade s'est masturbé de 13 ans à 14 ans 1/2, mais depuis le commencement de la maladie il ne se masturbe plus.

Le malade présente même les pollutions lorsqu'il fait de l'exercice et, comme il voulait se guérir, il a fait à pied le voyage, aller et retour, de Paris au Havre; au retour, il est même venu de Rouen à Paris sans arrêt.

Le malade a aussi essayé des rapports véritables pendant trois mois tous les dix jours, mais sans résultats au point de vue de la spermatorrhée.

Très souvent les pollutions sont suivies de céphalalgie qui dure deux ou trois jours.

Les érections sont très fréquentes pendant la nuit et quand il ne dort pas elles durent quelquefois toute la nuit; ces érections sont très fortes et ne surviennent jamais dans la journée.

Le malade est électrisé le 5 janvier 1898 au moyen de courants faradiques périnéo-abdominaux.

Le 20 janvier, on joint à la faradisation des étincelles à la colonne vertébrale.

Une légère amélioration survient le 26 janvier.

Le malade a moins d'érections nocturnes et n'a pas eu de pollutions depuis huit jours.

Le 28 janvier, le malade a eu une pollution la veille; ses occupations ne lui permettant plus de continuer le traitement qui, en somme, ne l'a jusqu'ici que très légèrement amélioré.

OBSERVATION XI (M. COURTADE).

Le nommé A..., âgé de 29 ans, vient le 24 avril 1900, pour des pertes diurnes datant de trois mois, survenant après la défécation.

Les pertes diurnes avaient été précédées autrefois de pertes nocturnes fréquentes.

Le malade a toujours été bien portant, sauf une fièvre muqueuse à l'âge 12 ans, et une blennorrhagie survenue il y a deux ans.

Masturbation étant jeune.

Fonction génitale affaiblie.

Les érections ne sont pas franches.

L'éjaculation est rapide, quelquefois dès le premier attouchement.

Les érections sont devenues moins fortes surtout depuis deux mois.

Les réflexes rotuliens et crémastériens sont plutôt exagérés.

Le malade souffre des reins après les pertes ; il a la tête un peu alourdie, mais n'a pas la céphalalgie.

Le malade est électrisé, le 24 avril avec des courants faradiques et des courants galvaniques intermittents et renversés (de 15 à 20 milliampères), avec un pôle sur le périnée et l'autre sur l'abdomen.

Le 9 mai, amélioration très grande ; depuis le début du traitement le malade n'a eu qu'une seule perte et n'a pas depuis éprouvé de fatigue dans les reins.

Le malade n'est pas revenu depuis, et j'ignore si cette amélioration a persisté.

CONCLUSIONS

1^o La spermatorrhée est un symptôme consistant dans des pertes séminales involontaires ou qui surviennent contre la volonté pendant le sommeil ou à l'état de veille.

2^o Il faut distinguer la spermatorrhée de la pollution nocturne normale qui survient chez les gens robustes et continents avec de fortes érections et des sensations voluptueuses et qui laisse après le réveil un sentiment de soulagement et de bien-être manifeste.

3^o Les formes de la spermatorrhée sont les suivantes :

a. Pollutions nocturnes pathologiques, survenant malgré les rapports sexuels réguliers ;

b. Pollutions diurnes ;

c. Spermatorrhée pendant l'effort de la défécation ;

d. Spermatorrhée pendant l'effort de la miction.

e. Spermatorrhée continuelle, conséquence de lésions graves de la moëlle.

f. Spermatorrhée artificielle, survenant après la dilatation ou l'examen cystoscopique de l'urèthre ;

4° Ce qui prédomine dans les causes de la spermatorrhée c'est une prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise par des maladies antérieures, comme par exemple la neurasthénie sexuelle.

5° Les causes adjuvantes sont :

Les excès sexuels,

L'onanisme ;

Les excès dans les coïts normaux,

Coït interrompu et quelques cas plus rares de coït anormal.

6° En dehors de toute prédisposition nerveuse la spermatorrhée peut être la conséquence de lésions locales anatomiques des voies génito-urinaires, ou de la moëlle épinière.

7° La spermatorrhée influe plus spécialement sur l'état mental des malades.

8° Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen microscopique du liquide s'échappant de l'urèthre.

9° De toutes les méthodes thérapeuthiques, l'électrothérapie donne les meilleurs résultats.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BANGS. — A contribution to the study of neuroses of the genito-urinary system. New-York, M. Moush. 1886-1887, 63-69.
- BARTHOLOW. — Spermatorrhée, its causes, symptoms, results and treatment, 1879.
- BENI BARDE. — De la spermatorrhée, rôle de l'hydrothérapie dans le traitement de cette maladie. Arch. général d'hydrologie, Paris, 1898, 165-193.
- BOHLEDER. — Die krankhaften Samenverluste; die Impotenz und die Sterilität des Mannes, ihre Ursachen und Behandlung. Leipzig, 1895.
- BRACHET. — Note sur le traitement des pertes seminales. Bulletin d'Académie, 1832.
- BEARD. — Neurasthénie sexuelle. Traduction par le Dr Rodet, 1895.
- CHARCOT. — Archives de physiologie normale et pathologique. Observation d'ataxie locomotrice, 1875.
- CIVIALE. — Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires. 1844, Paris.
- CLAUDE. — De la folie causée par les pertes seminales. Th. Paris, 1849.
- COGNARD. — Art. *Spermatorrhée* du Dict. de Méd. et de Chirur. pratique.
- COURTADE. — Du traitement électrique de la Spermatorrhée. Journal des praticiens, 1900.
- DE ARMAUD. — The significance of seminal emission, 1899.

- DESLANDES. — De l'onanisme et des autres abus vénériens. Paris, 1835.
- DIDAY et DOYON. — Thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées. Paris, 1876.
- DONNÉ. — Nouvelles expériences sur les animalcules spermatiques, 1837.
- DONNER. — Ueber unfreiwillige Samenverlust; ihre Ursachen, Folgen und Behandlung. Stuttgart, 1898.
- DOMMER. — Ueber artificielle Mictionsspermatorrhoe. Centralblatt, für d. Krankheiten des Harn. und Sex. Org., 1897.
- DUVAL. — Spermatorrhée. Prompte amélioration par l'hydrothérapie pendant la saison hivernale. Méd. contemporaine, 1899.
- FURBRINGER. — Ueber Spermatorrhoe. Deutsche klinische Wochenschrift, 1886.
- FURBRINGER. — Ueber spermatorrhoe und Prostatorrhoe. Deut. Med. Wochenschrift, 1881.
- FERRANT. — L'Inflammation des vésicules séminales comme cause de la spermatorrhée. Revue de therap. méd. chirurg., 1878.
- FOURNIER. — De l'onanisme, causes, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société. Paris, 1876.
- FRENKIEL. — Przyczynę do leczenia polucyi nocnych. Gazeta lekarska Warszawa, 1886.
- GUELLIOT. — Spermatorrhée et cyanospermie. Ann. des maladies des organes génito-urin., 1886, 294-305.
- GOLDSPIEGEL. — De la spermatorrhée neurasthénique. Th. de Paris, 1895-96.
- GROSS. — Séminal incontinence. Syst. Pract. Med. Philadelphia, 1886, 137-146.
- GRUNFELD. — Die Behandlung der Spermatorrhoe. Centralblatt für d. ges. Ther. Wien, 1886, 481-488, 529-538.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1881.
- HOGNER. — Boston. med. and. surg. Journal, 8 mars 1894.
- KAULA. — De la Spermatorrhée. Th. de Paris, 1896.

- LEGRAND DE SAULLE. — Etat mental des spermatorrhéiques. Gazette des hôpitaux, 1885.
- LALLEMAND. — Des pertes séminales involontaires. Montpellier, 1839.
- LEDERER. — Ueber die Psychophor Ein Mittel zur Heilung von Pollutionen Spermatorrhoe, chronischer Gonorrhoe. Wiener Med. Presse, 1879, 360.
- MALECOT. — De la Spermatorrhée. Th. de Paris, 1884.
- MILTON. — On the pathology and treatment of gonorrhea and Spermatorrhea.
- MAURIAC. — De l'onanisme. Dict. de Méd. et de Chirurg. pratique.
- MILTON. — On spermatorrhée London, 1871.
- MOLLIÈRE. — Art. *Spermatorrhée* du Dict. Encyclop. des Sciences médicales.
- MEISELS. — Cornutricum citricum gegen spermatorrhoe. Ungar Arch. f. medic., 1893, 82-97.
- OLIVIER. — Traité des maladies de la moelle épinière, 1857.
- POPPER. — Therapie der Schlafpollutionen spermatorrhoe mittels Faradisiren der Prostat. Wien, med. Blätter, 1899.
- POPPER. — Zur Behandlung der Pollutionis nocturnæ und ejaculatio præcox. Deut. med. Wochenschrift, 1898.
- PREISS. — Ein Beitrag zur diätetischen und hydrotherapeutischen Behandlung der Pollutionen. Internat. Centralblatt f. d. phys. und pathologie Harn. u. Sex. Org. Leipzig, 1893, IV, 78-83.
- PHILIPPS. — Treatment of spermatorrhea. Med. Rev. St-Louis, 1897.
- PERRIN. — Spermatorrhée à la suite d'hémorrhoides. Union médicale, 1857, p. 284.
- POUILLET. — La spermatorrhée, 1877, Delahaye.
- RAIGE-DELORME. — Art. spermatorrhée. Dict. de méd., Paris, 1844.
- ROBIN. — Leçons sur les humeurs. Paris, 1874.
- ROSENTHAL. — Traité des maladies du système nerveux, 1878. Influence des affections nerveuses sur la stérilité, 1880.
- ROUBAUD. — Traité de l'impuissance, 1876.
- THOR. — Antipyrine gegen Pollutionen. Wien, med. Bl., 1888.
- TANO. — Beiträge zur Kenntniss und Therapie der spermatorrhée. Centralbl. für die Kr. der Haru u. Sex. Org., 1894.

TISSOT. — De l'onanisme.

TROUSSEAU. — De la spermatorrhée. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1877.

TÜRBSCHELL. — The treatement of seminal emission. New-Orléans. Med. cl. Surg., 7 ans, 1898-99; 579.

ULTZMANN. — Névroses des organes génito-urinaires de l'homme. 1883.

WAGNER. — U-ber die Electrotherapie der Spermatorrhoe. Berlin, Klin. Wochenbl., 1887.

WICHMANN. — De pollutione diurna frequenti. Gottingen, 1782.

Traduit et augmenté de notes par E. Sainte-Marie. Lyon, 1817.

YÖSS. — Spermatorrhée, 1889. Christiania.

